

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: Vorname:

Adresse:

.....

Geburtsdatum: Sozialversicherungsnummer:

Geburtsort:

Nationalität: Religion:

Zu Hause gesprochene Sprache(n):

In Luxemburg seit : Ursprungsland :

	Vater	Mutter
Name:
Vorname:
Adresse:
Privatnummer:
Handynummer:
Email:
Beruf:
Ort des Berufs:
Telefon: (am Berufsort)
Sozialversicherung:
Krankenkasse:

Im Notfall, bitte informieren: (Im Fall wo die Eltern nicht erreichbar sind)

1. Tel:

2. Tel:

Familienarzt: Tel:

Leidet Ihr Kind an einer Krankheit ?

Ja / Nein

Wenn ja, welche ? _____

Hat Ihr Kind eine Allergie ? (z.B. Medikamente, Lebensmittel, Tiere, ...)

Ja / Nein

Wenn ja, welche ? _____

Braucht Ihr Kind Medikamente ?

Ja / Nein

Wenn ja, welche ? _____

Gibt es ein Lebensmittel, welches ihr Kind nicht konsumieren darf? (z.B Religion) Ja/Nein

Wenn ja, welche? _____

Weitere Personen, welche, außer den Eltern das Kind abholen dürfen:

Name:

Vorname:

Tel:

Geschwister:

Name:

Vorname:

Zyklus:

Mit dieser Unterschrift gebe ich die Erlaubnis, dass die Lehrpersonen im Notfall einen Arzt konsultieren oder gar den Krankenwagen rufen dürfen.

Datum:

Unterschrift:

Wir bitten Sie, diesen Zettel am **16. September** ausgefüllt mitzugeben.

Vielen Dank im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen
Die Lehrerinnen vom Précoce und Cycle 1

FICHE PERSONNELLE

Nom: Prénom:

Adresse:

.....

Date de naissance: N° de sécurité sociale:

Lieu de naissance:

Nationalité: Religion:

Langue(s) parlée(s) à la maison:

Arrivée au Luxembourg : Pays d'origine :

	Père	Mère
Nom:
Prénom:
Adresse:
Téléphone:
N° de GSM:
E-mail :
Profession:
Lieu de travail:
Téléphone : (au travail)
N° de sécurité sociale:
Caisse de maladie:

Contact en cas d'urgence : *(au cas où les parents ne sont pas joignables)*

1. Tel:

2. Tel :

Médecin de famille: Tél.:

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ? Oui / Non
Si oui, laquelle ?

.....

Votre enfant a-t-il une allergie ? (p.ex. médicaments, aliments, animaux, ...) Oui / Non
Si oui, laquelle ?

.....

Votre enfant nécessite-t-il des médicaments ? Oui / Non
Si oui, lesquelles ?

.....

Y a-t-il un aliment que votre enfant ne peut pas manger ? (religion ou autre raison) Oui / Non

.....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant à part les parents:

Nom:

Prénom:

Tél.:

Frères et soeurs:

Nom:

Prénom:

Cycle:

Avec cette signature, je donne l'autorisation au corps enseignant de consulter un médecin ou d'appeler une ambulance en cas d'urgence.

Date:

Signature:

Veuillez s.v.p. remettre ce formulaire rempli le **16 septembre 2024**.

Merci d'avance

Meilleures salutations
Les institutrices du précoce et du cycle 1